

Année 1932

THÈSE

325

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

MICHEL AMIARD

né le 23 Février 1900 à FOLEMBRAY(Aisne)

Contribution à l'étude du Traitement opératoire de l'Hallux Valgus

Président : M^r le Professeur LEJARS.

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince 26,

—
1932

19-10

2. 2. 2. 2. 2.

1. 1. 1. 1. 1.

**Contribution à l'étude du
Traitement opératoire
de l'Hallux Valgus**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

MICHEL AMIARD

né le 23 Février 1900 à FOLEMBRAY(Aisne)

Contribution à l'étude du Traitement opératoire de l'Hallux Valgus

Président : M^r le Professeur LEJARS.

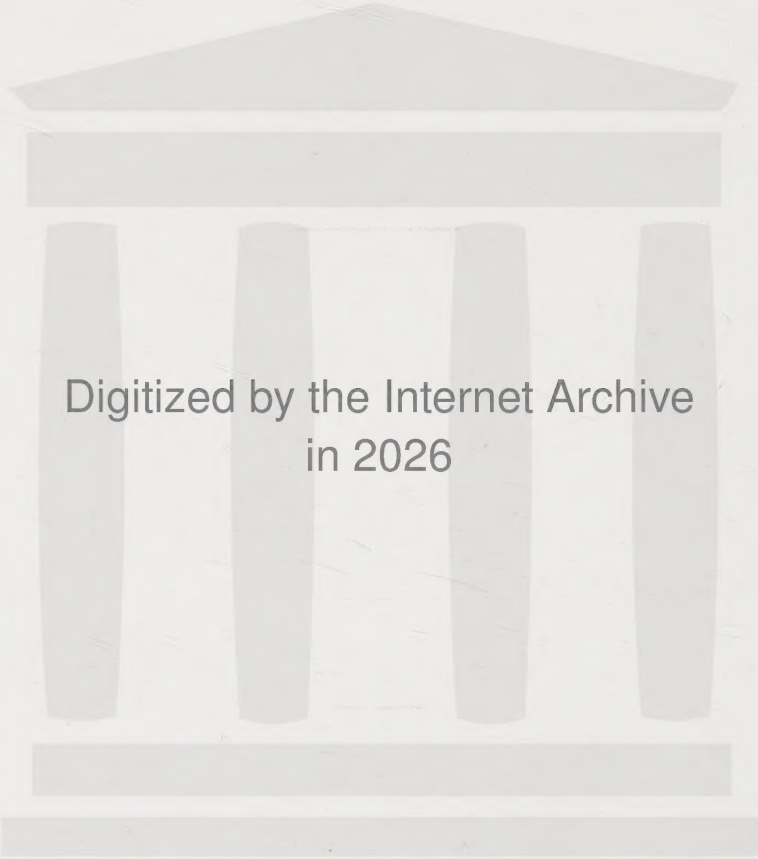
PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince 26,

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

A MES SŒURS

A MON FRERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BÉNARD Henri
 BROCO
 BRULÉ
 BUSQUET
 CADENAT
 CATHALA
 CHABROL
 CHAILLEY-BERT. . . .
 CHEVALLIER

Neurologie et psychiâtrie.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pharmacologie.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Physiologie.
Pathologie médicale.

DOGNON
 DONZELOT
 ECALLE
 FEY
 GASTINEL
 GATELLIER
 DE GAUDART

Physique.
Pathologie médicale.
Obstétrique.
Urologie.
Bactériologie.
Pathologie chirurgicale.

D'ALLAINES

GIROUD
 HARVIER
 HAZARD
 HOVELACQUE
 HUGUENIN
 HUTINEL
 JOANNON
 LABBÉ (Henri)
 LAROCHE (Guy)
 LEVEUF
 LÉVY-VALENSI
 LIAN

Pathologie chirurgicale.
Histologie.
Pathologie médicale.
Pharmacologie.
Anatomie.
Pathologie médicale.
Hygiène.
Parasitologie.
Chimie biologique.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Neuro-psychiâtrie.
Pathologie médicale.

MULON

MONDOR
 MOREAU
 MOULONGUET
 MOURE
 OBERLING
 OLIVIER
 PIÉDELIEVRE
 PORTES
 QUÉNU
 RICHET
 SANNIÉ
 SÉZARY

Histologie.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Anatomie.
Médecine légale.
Obstétrique.
Pathologie chirurgicale.
Physiologie.
Chimie biologique.
Dermatologie et syphili-
graphie.

VALLERY-RADOT.
 (Pasteur)

Pathologie médicale.

VAUDESCAL
 VELTER
 VERNE
 VIGNES

Obstétrique.
Ophthalmologie
Histologie.
Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	REITTERER	Histologie.
LEROUX ..	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgic.
CHIRAY	— id. —	MOCQUOT	— id. —
DEBRÉ	— id. —	PROUST	— id. —
DUVOIR	— id. —	SCHWARTZ	— id. —
BASSET	Clinique chirurgic.	LE LORIER	— id. —
CHEVASSU	— id. —	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	— id. —	METZGER	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLE -BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEJARS,
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*En témoignage de vive grati-
tude pour le grand honneur
qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

Monsieur le Docteur LARGET,

Chirurgien de l'Hôpital,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*A qui nous devons toute notre
formation chirurgicale. Nous
gardons de lui le souvenir
du plus bienveillant des maî-
tres. Puisse la vie nous four-
nir un jour l'occasion de lui
témoigner notre profonde re-
connaissance et notre entier
attachement.*

Monsieur le Docteur LAMARE,
Chirurgien de l'Hôpital,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a donné chaque jour
l'exemple de sa haute con-
science professionnelle. Son
sens clinique averti, son
souci de la perfection nous
seront un guide sûr pour
l'avenir. Qu'il soit assuré ici
de notre grande estime et de
notre dévouement.*

Monsieur le Docteur VENOT,
Médecin de l'Hôpital.

Hommage respectueux.

Monsieur le Docteur LAMY,
Médecin de l'Hôpital.

Monsieur le Docteur BRUEL,
Accoucheur de l'Hôpital.

*En témoignage de ma vive
gratitude.*

Monsieur le Docteur CHERECHEWSKI,
Médecin honoraire de l'Hôpital.

Monsieur le Docteur JARRY,
Chef du Service de Radiologie de l'Hôpital.

Sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur CHABAUD,
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital.

*Avec mes meilleurs remercie-
ments.*

Monsieur le Docteur HUC,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph,
Chef du Service d'Orthopédie
de l'Hôpital de Saint-Germain.

*Dont les leçons cliniques, du
vendredi nous ont toujours
rempli d'admiration. Qu'il
veuille bien trouver ici l'as-
surance de nos sentiments
respectueux et de notre vive
gratitude.*

A LA MEMOIRE DE MONSIEUR MOREAU,

Docteur en Pharmacie,

Chef du laboratoire

de bactériologie de l'Hôpital.

A MES COLLEGUES ET AMIS

DE LA SALLE DE GARDE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1923-1924. — Docteur RICHE, Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

Professeur ACHARD, Médecin de l'Hôpital Cochin.

Professeur GOSSET, Chirurgien de la Salpêtrière.

Docteur BABONNEIX, Médecin de la Charité.

Externat :

1924-1925. — Professeur CHEVASSU, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

1925-1926. — Professeur GILBERT, Médecin de l'Hôtel-Dieu (*in memoriam*).

Professeur COUVELAIRE, Accoucheur de la Clinique Baudelocque.

1926-1927. — Docteur HERSCHER, Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

1927-1928. — Professeur CADENAT, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

INTRODUCTION

Notre but n'est pas de dire des choses nouvelles sur l'Hallux Valgus. C'est un sujet qui a été amplement traité depuis longtemps. L'Hallux Valgus a fait l'objet de nombreuses publications et de commentaires à différentes Sociétés de Chirurgie. C'est une question qui intéresse tous les chirurgiens. Il suffit, pour en juger, de considérer le grand nombre de procédés opératoires pour guérir cette infirmité.

Au cours de ces pages, nous nous attacherons surtout à exposer les opinions des différents auteurs qui ont étudié cette question, plus particulièrement pendant ces 10 dernières années. Malgré les études qui ont été faites à ce sujet, bien des points demeurent obscurs dans l'Hallux Valgus, notamment en ce qui concerne sa pathogénie et ses lésions

anatomiques. C'est d'ailleurs la raison du grand nombre et de la diversité des interventions qu'on lui oppose.

Pour terminer, nous apporterons notre modeste contribution des quelques cas que nous avons eu l'occasion de voir, et de suivre après l'intervention.

HISTORIQUE

Le traitement opératoire de l'Hallux Valgus ne date guère que du milieu du siècle dernier; jusqu'à cette époque, le traitement se bornait à des procédés orthopédiques, dont les résultats, d'ailleurs, ne sont pas négligeables, puisqu'ils ont pu améliorer l'état de nombreux malades, mais ils ne peuvent suffire dès que la déformation est trop accentuée.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les premiers traitements sanglants opposés à cette difformité.

Certains chirurgiens, dont Dupuytren, Riche-
rand, Velpeau, pratiquaient l'amputation du premier orteil et abraient la tête du premier métatarsien.

D'autres (Roux et Blondin) respectaient l'orteil et excitaient l'exostose.

Nélaton, pensant qu'il s'agissait d'une rétraction de l'extenseur propre du gros orteil, en pratiquait la ténotomie et laissait pendant plusieurs jours le pied en équine.

Puis les travaux se sont multipliés, et avec eux les différents procédés opératoires.

En 1881, Reverdin décrit (*Transaction of the International Congress*, vol. II, pp. 408-412) son procédé, qui consiste dans l'ablation de l'exostose avec résection cunéiforme du col du premier métatarsien.

Mauclaire, dans les déviations très accentuées, fait une véritable résection semi-articulaire en réséquant la moitié postérieure de la première phalange, après avoir nivelé l'exostose et enlevé la bourse séreuse.

En somme, jusqu'au début de ce siècle, le traitement chirurgical de cette affection restait localisé au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, avec toutefois quelques différences dans ces techniques employées, certains chirurgiens faisant déjà des arthroplasties et d'autres des ténotomies.

Puis, à mesure que se sont précisées les données anatomo-pathologiques de cette affection et la diffusion de la radiographie aidant, les auteurs se sont attachés à pratiquer des interventions propres à

rétablir l'anatomie normale du pied. Les interventions ne restent plus localisées à l'exostose et à la déviation en dehors du gros orteil, mais elles s'étendent au corps même du premier métatarsien, à l'articulation cunéo-métatarsienne et au cuboïde.

D'où les très nombreux procédés de cure radicale de l'H. V., dont nous ne citerons que les principaux :

Résection de l'exostose (Schede);

Résection cunéiforme à base interne au niveau du col du premier métatarsien (Reverdin);

Résection oblique conjuguée de la tête du premier métatarsien et de la base de la première phalange du gros orteil (Mauclaire);

Résection de la tête métatarsienne avec interposition d'un lambeau aponévrotique (Mayo-Lambotte);

Ostéotomies obliques du corps du premier métatarsien, soit à base externe (Loison, Bobescu, Juvorra), soit dorso-plantaire (Ludloff);

Résections cunéiformes à base externe de l'articulation cunéo-métatarsienne (Albrecht);

Résection cunéiforme à base externe du cuboïde (Brenner-Riedl).

Toutes ces modalités opératoires ont été exposées par Mouchut au congrès orthopédique de 1922. L'auteur rapporte les résultats qu'il a pu observer et conclut qu'en dehors des cas de l'H. V. très marqué, l'opération de Reverdin et les différents procédés qui s'y rattachent sont en général suffisants et donnent de bons résultats; mais il faut avoir soin, dit-il, d'enlever la bourse séreuse en totalité et de bien refaire la capsule.

Depuis 1922, l'H. V. a encore fait l'objet de nombreux travaux en France et à l'étranger.

Massart communique à la Société Anatomique de Paris une étude très complète sur les lésions de l'H. V.

Sorrel rapporte à la même Société un cas d'H. V. traité par ostéotomie cunéiforme à base externe du corps du premier métatarsien.

L'année suivante, Moulonguet reprend l'étude de H. V. au point de vue anatomo-pathologique et fait ressortir toute l'importance des lésions qu'on trouve au niveau des sésamoïdes.

Mauclaire, dans la Revue d'Orthopédie de juil-

let 1924, indique les interventions qui conviennent suivant la gravité des cas.

Juvara, en 1928, décrit les détails de sa technique.

Citons encore les articles de Sir Robert Jones (1925), de Soles (1925), Meyer (1926), Dreesmann (1928), Timmer (1928), Lindemann et Brouwer (1929), Bornard (1930), Mac Bride (1928), et enfin une intéressante contribution à l'étiologie et au traitement de l'H. V., dans la Revue d'Orthopédie de Paris (mars 1930).

DÉFINITION

Sous le nom d'Hallux Valgus, ou orteil en équerre ou déviation en dehors du gros orteil, on décrit une difformité du gros orteil caractérisée par ce fait que l'orteil en masse est dévié en dehors, et forme avec le métatarsien correspondant un angle d'ouverture variable dont le sommet est dirigé en dehors (Kirmisson).

C'est Hueter qui donna à cette déformation le nom d'Hallux Valgus.

ÉTIOLOGIE - PATHOGÉNIE

La recherche des causes de l'H. V. a provoqué bien des débats, surtout dans la 2^e partie du siècle dernier. La plupart des auteurs étaient cependant d'accord pour incriminer le port de chaussures défectueuses, étroites et pointues, à talon élevé.

Nélaton voyait là une conséquence de la rétraction de l'extenseur propre du gros orteil.

Pour Duchenne, de Boulogne, il y avait paralysie des muscles fléchisseurs et l'adducteur du gros orteil.

Pour Kirrnisson, il s'agissait d'une arthrite métatarso-phalangienne avec contracture de l'extenseur propre. Il a montré que cette difformité était assez souvent héréditaire.

Mouchet, au congrès d'orthopédie de 1922, a fait, au point de vue étiologique et pathogénique de l'H. V., une étude très approfondie.

L'H. V. est quelquefois congénital. Mauclaire, Max Klar, Tesor, Mouchet, en ont rapporté des cas indiscutables. Mais l'H. V. n'est vraiment congénital que de façon exceptionnelle. En général il apparaît à une période ultérieure de la vie, le plus souvent à la puberté. Dans quelques cas, il s'agit d'une disposition héréditaire particulière, longueur exagérée du gros orteil ou présence de l'os intermétatarsien.

Pour l'H. V. acquis, il semble que plusieurs causes entrent en jeu.

Le port de chaussures défectueuses a une action indéniable, mais ne suffit pas à expliquer tous les cas, puisqu'on voit se développer des H. V. chez des sujets porteurs de chaussures à talons plats et larges du bout.

D'après Mouchet, le rôle le plus important serait dévolu aux lésions inflammatoires des os et des articulations, dues soit au R. A. A., à la blennorragie, à la goutte, au diabète, au saturnisme ou à la tuberculose. Ou bien l'H. V. apparaît comme trouble trophique à la suite de lésions nerveuses périphériques (névrite alcoolique ou diabétique) ou centrales (tabès).

Moulonguet indique comme phénomène initial un mouvement de rotation dans l'articulation cunéo-métatarsienne. Cette articulation est disposée de telle façon que le seul mouvement qui puisse s'y produire est une rotation en dehors, amenant l'extrémité antérieure du métatarsien en dedans et par suite l'élargissement de l'avant-pied. Le gros orteil ne peut suivre ce mouvement (inextensibilité des mouvements, port de la chaussure), et ainsi se forme la déviation en dehors. Mais Moulonguet ne précise pas la cause de cette rotation.

Pour Hallopeau, la cause primordiale réside dans l'élargissement de la voûte antérieure du pied, au niveau des têtes métatarsiennes. Cette voûte est constituée par un double talon, l'un interne qui répond à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'autre externe, répondant aux dernières articulations métatarso-phalangiennes. La clef de cette voûte, assurément très basse, est située tout près du premier métatarsien. La corde de l'arc qui soutient cette voûte est constituée par les ligaments intermétatarsiens superficiels et profonds, et par un muscle, l'adducteur transverse du gros orteil, qui relie ces métatarsiens au sésamoïde externe. Ce muscle a pour fonction d'empêcher l'écartement du gril métatarsien lorsque le poids du corps ne repose pas sur le pied.

Que cette voûte s'affaisse, il en résulte un élargissement de l'avant-pied, le premier métatarsien est dévié en dedans et les autres métatarsiens en dehors, la clef de voûte se projetant sur la corde, tout près du premier métatarsien. Le gros orteil, libre, ne suit pas ce mouvement en dedans (port de la chaussure) et la déformation est établie.

Par suite, il est logique de considérer l'écartement de l'interligne 1^{er}-2^e cunéiforme comme une conséquence de cet élargissement. Sous quelle influence se produit cet affaissement ? Hallopeau pense qu'il faut incriminer une laxité ligamentaire et une fatigue excessive du muscle adducteur du gros orteil à la suite de la station debout trop prolongée ou d'exercices inhabituels, ces phénomènes étant d'ailleurs favorisés par le port de chaussures défectueuses.

Ce mécanisme n'exclut nullement le rôle du rhumatisme et des maladies diathésiques, qui peuvent être le point de départ de l'atrophie musculaire et du défaut de résistance de la voûte.

Berntsen indique comme fait initial l'obliquité de l'interligne cunéo-métatarsien.

La diversité des opinions sur la pathogénie de l'H. V. montre bien la difficulté où nous sommes d'attribuer la déformation à une seule cause. En réalité, il convient, à ce sujet, d'être éclectique. Il serait illogique de voir à l'origine de l'H. V. une cause unique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude des lésions de l'H. V., que les auteurs se sont attachés à décrire avec précision ces dernières années, présente un intérêt capital pour le choix du traitement à opposer à cette difformité.

Broca donne dans le Bulletin de la Société anatomique de 1852 une description détaillée des lésions qu'il a observées.

La première phalange, dit-il, se porte sur le côté externe du métatarsien et cesse de recouvrir le côté interne de cette tête, de telle sorte que l'extrémité antérieure du métatarsien paraît hypertrophiée et soulève fortement la peau. Celle-ci, comprimée par les chaussures, s'hypertrophie, s'épaissit et donne lieu à une tumeur lisse, connue sous le nom d'oignon. Au-dessous de la peau hypertrophiée se trouve constamment une bourse séreuse

large de 1 à 2 cm., dont la face profonde repose sur le ligament latéral interne de l'articulation. Cette bourse séreuse communique parfois avec la synoviale articulaire à travers une perforation de la capsule.

Le gros orteil est dévié en dehors, passe quelquefois au-dessus, le plus souvent au-dessous des autres orteils. L'angulation peut atteindre 90°, l'extrémité unguéole atteignant parfois le bord externe du 5^e orteil.

Broca décrit également les lésions qu'il trouve au niveau de la tête du métatarsien. Il voit également l'aplatissement de l'avant-pied et la rotation en dedans du métatarsien.

La déviation en dehors de la première phalange comprime par la tension du ligament latéral interne la partie de la tête métatarsienne et provoque à ce niveau des altérations importantes. Le cartilage devient plus opaque et se transforme en tissus fibreux. L'importance de cette altération varie avec l'intensité de la déviation et avec l'ancienneté de la maladie.

Le déplacement du premier métatarsien se fait en dedans. L'extrémité antérieure du premier métatarsien se portant en dedans, l'avant-pied est étalé.



AVANT



APRÈS

Broca rapporte la cause de cette déviation en dedans du premier métatarsien à ce fait que les sésamoïdes, et surtout l'externe, entraîné par le ligament glénoïdien par suite de la déviation en dehors du gros orteil, pénètre comme un coin entre les deux métatarsiens.

Le premier métatarsien subit également un déplacement suivant son axe : le bord supérieur de l'os devient interne et sa face externe supérieure. Le premier cunéiforme accompagne le métatarsien avec déplacement. Le deuxième cunéiforme se trouve ainsi refoulé vers sa face dorsale, le premier arrivant presque au contact du troisième.

Le tendon de l'extenseur propre décrit une courbe à concavité externe, tend à exagérer encore la déformation et enfonce de plus en plus l'os sésamoïde externe dans le premier espace intermétatarsien. Ce tendon devient ainsi abducteur, ainsi que le fléchisseur du gros orteil.

Malgré cette action nouvelle exercée par les tendons, on peut, le plus souvent, ramener le gros orteil dans une attitude moyenne, mais, une fois abandonné à lui-même, il revient à sa position primitive en raison du changement survenu à l'axe de traction des tendons.

Toutes ces lésions, et surtout le déplacement des sésamoïdes, ont été observées avec soin par Moulonguet. Cet auteur décrit les deux articulations métatarso-sésamoïdiennes séparées par une crête médiane. Il suit les déformations que subissent ces deux articulations à mesure que la difformité s'exagère. Sa crête médiane est d'abord reportée en dehors et bientôt n'existe plus. La facette articulaire du sésamoïde interne déshabitée est recouverte par la capsule qui contracte avec elle de nombreuses adhérences. Quant à la facette externe, elle est supportée par une production osseuse de nouvelle formation qui s'engage dans l'espace intermétatarsien.

De ces données anatomo-pathologiques, Moulonguet tire les conclusions thérapeutiques suivantes :

« Il est illogique, dit-il, de traiter l'H. V. à la façon de Schede, en réséquant la partie interne de la tête métatarsienne. Non seulement il n'y a pas d'hyperostose que trop d'auteurs ont invoqué et invoquent encore, mais le versant interne de l'articulation, déshabité, s'atrophie. C'est au versant externe que se forment les appuis osseux nouveaux pour l'orteil subluxé. C'est à ce niveau qu'il faut intervenir si l'on veut corriger la déformation. »

Massard en 1922 a publié à la Société Anatomique de Paris une excellente étude anatomique de l'H. V. Il étudie plus particulièrement l'articulation cunéo-métatarsienne. La base articulaire du premier métatarsien semble avoir présenté un double mouvement :

1° Glissement en dedans vers la face interne du premier cunéiforme;

2° Rotation de manière à amener à être interne la face supérieure du métatarsien.

Il en résulte un écartement entre les deux premiers métatarsiens, écartement bien visible à la radiographie, et dans lequel vient apparaître une pointe appartenant au premier cunéiforme. Cette pointe, que Juvara attribuait à un os surnuméraire, est en réalité une dépendance de la face dorsale du premier cunéiforme qui, sur les radiographies, se projette dans l'espace qui sépare les deux bases des deux métatarsiens.

Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Massart constate à la fois une subluxation sur le côté externe de la tête métatarsienne et une translation en bout de la phalange.

Berntsen étudie plus particulièrement la direction de l'interligne cunéo-métatarsien. Pour lui, il

existe toujours un écart appréciable entre le premier et le deuxième cunéiforme et cet écart ne peut donc être considéré comme une lésion de l'H. V. Mais il a pu constater que l'interligne articulaire premier cunéiforme, base du premier métatarsien, est oblique. Ses recherches, qui portent sur de nombreuses radiographies, aboutissent à la conclusion suivante : « Dans la plupart des cas de l'H. V., l'interligne articulaire prolongé va couper le cinquième métatarsien au niveau de sa tête. »

Mais s'il reconnaît qu'il existe des cas d'H. V. sans obliquité de cet interligne oblique, il n'y a pas d'H. V.

Comme on le voit, le nom d'Hallux Valgus, qui s'applique à la seule déviation en dehors du gros orteil, s'accompagne de lésions plus étendues, débordant sur le tarse. L'H. V. est le témoin de ces lésions complexes.

Par ailleurs, il existe des cas où l'Hallux Valgus par la douleur qu'il provoque au niveau de l'onglon détermine des attitudes vicieuses du pied. Certains malades apportent un soulagement à la douleur en portant le poids du corps sur le bord externe du pied, lequel se déforme en varus. Ces déformations secondaires sont parfois définitives.

TRAITEMENT

Le traitement opératoire de l'H. V. a fait l'objet de nombreuses communications et de publications. Les procédés opératoires sont très variés et très nombreux. Il n'est pour ainsi dire pas d'année sans technique nouvelle. Notre but n'est pas de décrire tous ces procédés. Mouchet, dans son rapport sur la pathogénie et le traitement des H. V., les a suffisamment exposés et critiqués. Nous ne rappellerons que les principaux. Nous nous attacherons surtout à rechercher la valeur des résultats obtenus par les principaux procédés.

Puis nous décrirons avec quelques détails la technique employée dans la plupart de nos observations. Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur Lambotte, qui nous a autorisé à publier son procédé opératoire et qui a bien voulu nous aider de ses conseils.

A la suite du rapport de Mouchet, la plupart des chirurgiens étaient d'accord pour donner la préférence aux procédés qui s'attaquent directement à la tête du métatarsien. Les interventions un peu compliquées et trop longues, telles que l'opération de Balescu, Juvara, n'avaient pas eu en France beaucoup d'adeptes. A plus forte raison encore, celles qui nécessitaient une instrumentation spéciale, comme par exemple l'ostéotomie cunéiforme à base externe suivie d'ostéosynthèse des fragments (Juvara 1922).

Les procédés plus simples donnent des résultats non moins bons et sont plus en faveur dans la chirurgie française, qui aime avant tout la simplicité.

Voici d'ailleurs, à titre d'exemple, l'opinion des quelques chirurgiens français qui ont pratiqué l'intervention de Juvara.

Sorrel opère un cas en 1919 avec bon résultat.

En 1922, nouvelle intervention, avec « un résultat qui, sans être absolument parfait, est satisfaisant ».

Moulonguet, qui fut un des premiers à employer en France la technique de Juvara, a constaté quelques difficultés; après avoir fait l'ostéotomie cunéiforme à base externe et fixé les fragments à

l'aide d'une vis, il fut dans l'impossibilité de réduire la déformation du gros orteil. Il dut, pour obtenir un résultat anatomique, abraser le versant interne de la tête.

Lance rencontre les mêmes difficultés. Il persiste deux obstacles, dit-il, à la reposition de l'orteil de l'axe :

1° La rétraction de la partie externe de la capsule;

2° La rétraction du tendon extenseur.

Tant qu'on n'a pas désinséré entièrement en dehors et en-dessous la capsule autour du col du métatarsien et ramené les sésamoïdes luxés en place, tant qu'on n'a pas non plus fait passer le tendon extenseur rétracté du côté externe du métatarsien à son côté interne en l'y fixant solidement, on ne peut réduire ni maintenir réduite la luxation phalangienne.

Lance a pu revoir six mois après sa malade, opérée par le procédé de Juvara. Il y avait tendance à la récursive.

En 1923, Silver indique un procédé commode pour renforcer la solidité de la capsule au niveau de la face interne de l'articulation. Il abrase la

tête métatarsienne après avoir ménagé trois lambeaux fibro-périostiques qu'il fait croiser après le temps osseux « à la manière des deux bords d'un gilet sur la cravate ».

Sur une statistique de 49 cas, l'auteur n'a constaté qu'une récédive partielle et deux récédives complètes, qu'il attribue à ce fait que les sésamoïdes avaient été mal replacés.

Allenbach semble avoir eu de bons résultats en pratiquant l'ostéotomie oblique dorso-plantaire de Ludloff. Il réserve cette intervention aux cas où la déviation en dedans du premier métatarsien est fortement prononcée, et le raccourcissement du tendon du long extenseur considérable. Sur les cinq cas opérés, l'auteur n'a eu que de bons résultats.

Gaudelin rapporte une série de 147 opérations. Pour la plupart on a eu recours à l'amputation de la tête du premier métatarsien, avec résultats satisfaisants.

Les cas peu nombreux où l'auteur a appliqué le procédé de Schede (ablation de la bourse séreuse, puis abrasement des parties osseuses faisant saillie) n'ont pas été encourageants. La moitié seulement des opérés a été améliorée et la plupart avaient continué à souffrir.

Nuck Jansen (The Journal of Orthopedie Surgery, vol. III, n° 3, mars 1921), pense avec la plupart des chirurgiens américains que la meilleure intervention, celle qui donne le meilleur résultat, consiste à l'ablation de la tête métatarsienne.

Mauclore, dans la Revue d'Orthopédie de 1914, précise les indications opératoires et les techniques à employer suivant les cas :

« Dans les cas légers (déviation de l'orteil et du métatarsien peu marqués, volumineuse exostose), il suffit d'abraser l'exostose et faire la ténotomie de l'extenseur propre du gros orteil. Cependant, dit-il, les récives sont possibles.

« Dans les cas moyens, cas dans lesquels, à la déviation du gros orteil et à l'exostose, s'ajoutent un écartement des deux premières têtes métatarsiennes et un début de rotation interne, il faut : abraser l'exostose, faire la ténotomie de l'extenseur du gros orteil et du premier tendon du pédieux, et réséquer la demi-postérieure de la première phalange.

Pour les cas graves, ceux dans lesquels l'orteil est dévié presque à angle droit et l'écartement en éventail de la tête du premier métatarsien très marqué, ceux dans lesquels le premier métatarsien et le premier cunéiforme sont en rotation interne

très accentuée, Mauclair propose l'ablation de l'exostose, la résection diaphysaire sous-périostée de la première phalange, la ténotomie de l'extenseur du gros orteil, le détachement du faisceau interne du pédieux, de l'abducteur oblique et de l'abducteur transverse, et enfin la transplantation du tendon de l'extérieur du gros orteil et du faisceau interne du pédieux à travers la tête métatarsienne.

Gernez (thèse Raffarin, Paris 1921) fait, après résection de la tête du premier métatarsien, une greffe cartilagineuse prélevée sur la tête même du métatarsien et qu'il modèle sur le fragment du métatarsien. Les résultats obtenus ont été satisfaisants.

Sir Robert Jones emploie également plusieurs procédés suivant la gravité des cas :

Dans les cas légers, il suffit, dit-il, d'inciser la capsule, de la faire chevaucher en dedans, en la suturant, de ténotomiser l'extenseur propre du gros orteil et de réséquer un fragment de peau en dedans pour maintenir l'orteil rectiligne, ou mieux, en légère aduction.

Dans les cas plus avancés, avec grosse déformation irréductible, il a recours à l'ostéotomie cunéiforme à base interne, de la tête du premier méta-

tarsien, et même une résection complète de la tête du métatarsien.

Sales pense que la meilleure intervention est l'ostéotomie oblique dorso-plantaire du corps du métatarsien (procédé de Ludlof); mais l'inconvénient de ce procédé est la longueur du traitement consécutif, et il pense que la résection de la tête métatarsienne donne un résultat plus rapide avec l'inconvénient de prédisposer à l'étalement douloureux de l'avant-pied. Aussi recommande-t-il de bien suturer la capsule et de transplanter les tendons du côté interne.

Dreesmann, considérant la déviation en dehors du gros orteil comme une conséquence du varus du premier métatarsien dont la cause serait dans l'articulation cunéo-métatarsienne, emploie le procédé suivant : il fait une résection en coin et assez étendue du premier cunéiforme. Mais il est obligé de compléter cette résection par capsulorrhaphie latérale au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne pour maintenir la réduction.

Mac Bride préconise une technique opératoire dirigée sur les muscles abducteur oblique et abducteur transverse du gros orteil. Il sectionne le tendon conjoint de ces deux muscles et l'insère à la partie interne de la tête du premier métatarsien. De cette

façon il reconstitue la voûte plantaire antérieure. Cette intervention vient, en somme, compléter la théorie pathogénique décrite par Hallopeau.

Mac Bride dit avoir eu de bons résultats par ce procédé.

Brauder et Lindemann ont obtenu des résultats satisfaisants dans les 150 cas qu'ils ont opérés. Ces deux auteurs font une résection des 2/3 proximaux de la première phalange du gros orteil.

Bornard publie en 1930 une statistique basée sur 246 cas d'H. V. La plupart des interventions ont été faites par des procédés qui s'attaquent directement à la tête métatarsienne. Les meilleurs résultats furent fournis par les procédés de Mayo, Hue-ter, Silver. Bornard indique ainsi moins de 10 % de résultats médiocres.

Enfin, Berntsen apporte une statistique de 90 cas d'H. V. opérés suivant trois procédés ayant en commun la résection de la tête du métatarsien et l'ablation du sésamoïde.

Dans un premier groupe, une lanière est détachée de l'extenseur propre du gros orteil et fixée à la face interne du premier métatarsien. Améliorations nettes : 77 %.

Dans un deuxième groupe, il insère le tendon extenseur sur le premier métatarsien. Améliorations : 90 %.

Par un troisième groupe, Berntsen fixe les tendons de l'extenseur propre et du fléchisseur sur l'emplacement de la tête réséquée et sur la partie avoisinante de la capsule. Améliorations : 75 %.

L'auteur conclut que les résultats obtenus par ces trois procédés sont trop rapprochés pour qu'on puisse en tirer un argument en faveur de l'un ou de l'autre. Peut-être, dit-il, les bons résultats tiennent-ils à l'ablation de la tête métatarsienne.

En résumé, nous voyons que l'opinion des divers auteurs qui se sont attachés à l'étude du traitement de l'H. V. n'a guère changé depuis le rapport de Mouchet au Congrès d'Orthopédie de 1922. Tous s'accordent à penser que la meilleure intervention et la plus simple consiste à réséquer la tête du métatarsien et la bourse séreuse. Certains joignent à cette intervention soit une ténotomie, soit une ténopésie, soit une arthroplastie graisseuse, cartilagineuse ou fibro-périostique.

L'avantage de ces derniers procédés n'est pas douteux. Ils permettent une bonne mobilité articulaire et évitent les douleurs post-opératoires et les

récidives. La plupart des malades dont nous rapportons les observations ont été opérés par l'un de ces procédés. La technique qui a été suivie fut celle décrite par Lambotte en 1928. Qu'il nous soit permis ici de rendre hommage au Professeur Lambotte, lequel a bien voulu nous autoriser à rappeler cette technique à l'occasion de ce travail.

TECHNIQUE

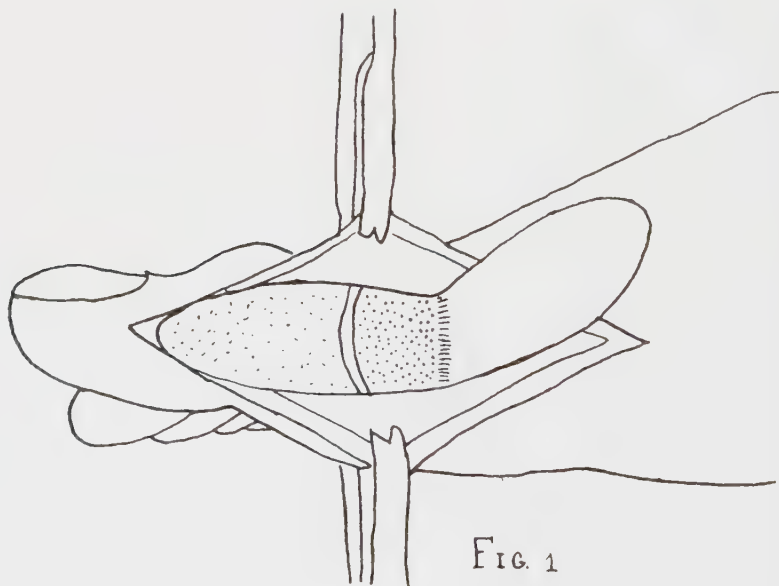
On trace une longue incision rectiligne commençant au milieu de la face interne de la première phalange du gros orteil et se terminant vers le milieu de la face interne du premier métatarsien (environ 6 à 8 cm.).

On sectionne seulement la peau; on récline largement les bords de l'incision en dédolant avec le bistouri et en écartant les bords cutanés avec deux pinces de Muzeux.

On trace alors avec le bistouri poussé jusqu'à l'os un lambeau en U, commençant sur la première phalange de l'orteil et pédiculé au niveau du col du premier métatarsien; il faut que ce lambeau fibro-périostique soit assez long et assez large pour couvrir l'extrémité du métatarsien, une fois la tête de celui-ci réséquée. Le lambeau est relevé

avec le bistouri rasant l'os; il faut être attentif au niveau de l'interligne articulaire pour ne pas trop l'amincir. Le lambeau relevé, on dégage la tête du métatarsien au moyen d'une rugine et on en fait l'excision au niveau du col, à la limite du cartilage.

Cette section peut se faire avec une pince coupante pointue ou avec une gouge bien tranchante (fig. 1).



Il est bon, une fois la tête réséquée, d'arrondir légèrement l'extrémité du métatarsien en excisant les bords tranchants avec la pince coupante.

Pour réaliser l'arthroplastie, un fil (coton ou soie) est passé en U au sommet du lambeau fibro-périostique. Les deux chefs sont passés successivement au travers des parties molles externes de la cavité articulaire au moyen d'une aiguille de Reverdin; ils sortent à la face externe du gros orteil, entre le premier et le second.

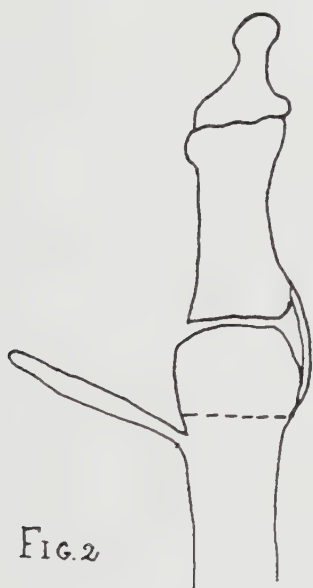


FIG. 2



FIG. 3

En tirant sur les deux chefs, on amène le lambeau entre les surfaces osseuses; on noue ces deux fils sur un bourdonnet de gaze sans serrer trop fortement (fig. 2 et 3). On termine l'opération en sutu-

rant entièrement la peau. On place un pansement en mettant le gros orteil en bonne rectitude. Le fil en U est enlevé après 8 à 10 jours.

Dans les cas fréquents où l'H. V. est compliqué d'une bourse séreuse enflammée sur la tête du métatarsien (oignon), il faut faire une incision elliptique et exciser au bistouri les parties malades.

PRECAUTIONS A PRENDRE

Dans les cas où la bourse séreuse s'est enflammée ou lorsqu'elle a donné lieu à un abcès, il faut avoir soin de faire précéder le temps opératoire d'une période de quelques jours pendant lesquels on aura désinfecté la région à l'aide de pansements antiseptiques.

Il est préférable de recourir dans ces cas à l'anesthésie générale ou régionale.

Il en est de même pour les Hallux Valgus dont l'oignon a été traité par des produits caustiques, lesquels ont pour effet de produire une infiltration et un durcissement des tissus gagnant de poche en poche et en profondeur.

Dans ces derniers cas, l'anesthésie locale peut amener une complication post-opératoire — suppuration, formation d'abcès ou de phlegmon dans le premier espace intermétatarsien.

OBSERVATIONS

Observation 1

Madame R..., repasseuse, âgée de 71 ans.

Entre le 25 novembre 1930 dans le service de M. le Docteur Larget, pour douleurs localisées au niveau des faces internes des têtes des deux premiers métatarsiens, et pour des douleurs à la marche. Ses deux gros orteils étaient déformés depuis plus de trente ans, mais elle ne souffrait pas.

Depuis cinq ans elle ressent des douleurs très vives au pied gauche. Le contact de la chaussure devient très douloureux, au point que notre malade (Gourdon) par le procédé de Lambotte, à l'anesfles.

A son arrivée à l'hôpital, elle ne pouvait même plus **marcher**.

A l'examen, le gros orteil droit est dévié en dehors, son extrémité passant au-dessous du deuxième orteil. Sa tête métatarsienne est saillante sous la peau, mais non douloureuse à la pression.

A gauche, la déformation présente la même angulation, mais il existe au niveau de la face interne de la tête un oignon très douloureux. La peau est rouge et enflammée. La moindre pression à ce niveau est douloureuse et fait sourdre par une petite plaie située au centre de l'oignon une goutte de sérosité purulente.

Le pied droit fut opéré le 28 octobre 1930 (Docteur Gaudon) par le procédé de Lambotte, à l'anesthésie locale.

Le pied gauche fut opéré le 5 novembre 1930 (Docteur Jeanne) après une désinfection soigneuse de la plaie par des pansements alcoolisés. Même procédé opératoire.

Suites opératoires normales.

Six semaines après l'opération, la malade marche normalement. Mais les pieds restent encore douloureux pendant six mois.

Malade revue le 8 mars 1932. La malade ne souffre plus qu'aux changements de temps, mais elle

n'a plus les douleurs à type d'élançements qu'elle avait avant l'intervention.

Anatomiquement, bon résultat : au pied droit, l'orteil est dans le prolongement du premier métatarsien, un peu écarté du deuxième orteil. Le pied gauche reste toujours un peu douloureux malgré un résultat anatomique parfait.

Observation 2

Madame G..., 43 ans.

Entre à l'hôpital le 10 novembre 1930, dans le service de M. le Docteur Larget. Depuis quelques mois, elle ressentait des douleurs à la face interne des deux pieds, mais particulièrement du droit; douleurs à type d'élançements, s'accompagnant d'enflures des articulations douloureuses. Elle était dans l'impossibilité de porter des chaussures, et la marche, même en chaussons, était très pénible.

La déformation est plus accentuée à droite. La tête du métatarsien est là saillante et très augmentée de volume. L'angulation n'est pas très marquée, le gros orteil ne chevauche pas les autres doigts.

La peau qui recouvre la tête du métatarsien est rouge, luisante, et la pression à ce niveau est très douloureuse.

Le pied gauche présente une légère déformation, mais pas de douleurs à la pression.

Opération le 12 novembre 1932. Anesthésie générale au mel. de Schleich.

Opérateurs : pied droit, D^r Larget; assistant, D^r Gourdon; pied gauche, D^r Gourdon; assistant, D^r Larget.

Les deux opérations sont faites suivant la même technique : incisions longues de 6 à 8 cm. suivant l'axe du métatarsien. Ablation de la bourse séreuse. Résection à la pince-gouge de la tête métatarsienne, en conservant autant que possible un capuchon de cartilage. On modèle l'extrémité proximale du métatarsien, on l'arrondit et on applique par-dessus le capuchon de cartilage.

Réfection soigneuse de la capsule.

Crins sur la peau. Pansement compressif à l'aide de bandes de crêpe, qui maintiennent l'orteil dans le prolongement du métatarsien.

Suites opératoires normales.

Les crins sont enlevés le huitième jour. La malade retourne chez elle.

Le pied gauche n'est plus douloureux au bout de 5 mois.

Par contre, Madame G... conserve au pied droit une légère sensibilité.

Malade revue en février 1932.

Le gros orteil gauche est notablement raccourci. Les mouvements d'inflexion et d'extension du gros orteil sont conservés et non douloureux.

Pour le pied droit, le résultat anatomique est parfait. Cependant, la malade accuse encore quelques élancements aux changements de temps.

Observation 3

Sœur Elizabeth, 51 ans.

Présente depuis de nombreuses années un H. V. droit dont elle souffre continuellement. Déjà, en 1920, elle avait subi une première intervention (ablation de la bourse séreuse). Les douleurs ont été calmées pendant un certain temps, mais, depuis quelques mois, elle souffre à nouveau. Marche de plus en plus pénible. Sœur Elizabeth est obligée d'entailler sa chaussure au niveau de la tête du premier métatarsien pour pouvoir vaquer à ses

occupations. Ces douleurs sont dues à l'inflammation de la bourse séreuse. La peau est rouge, amincie, luisante, et la moindre pression à ce niveau est douloureuse.

Le gros orteil est dévié en dehors, avec légère rotation amenant l'ongle à regarder en dedans. Le gros orteil passe au-dessus du second.

Pied plat bilatéral.

On fait des pansements alcoolisés pendant les huit jours qui précèdent l'opération.

Intervention le 25 janvier 1928 (Docteur Lamarre). Anesthésie locale, novocaïne à 1 %.

Ablation de la bourse séreuse. Résection de la tête métatarsienne. L'orteil revient facilement à sa position primitive. Suture soigneuse de la capsule. Crins sur la peau.

Suites opératoires sans incidents.

Ablation des crins le douzième jour. Au bout de deux mois, la marche est facile. Depuis cette époque, Sœur Elizabeth ne souffre plus.

Revue le 2 mars 1932. L'orteil présente une direction normale, avec une très légère rotation en dedans. Pas de douleurs dans les mouvements de flexion et d'extension, qui ne sont pas limités. Résultat fonctionnel excellent.

Observation 4

Monsieur M... Arthur, 66 ans, jardinier.

Présente depuis de longues années un H. V. bilatéral dont il n'a jamais souffert. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il est pris un soir de douleurs violentes du pied gauche, avec irradiations le long du bord interne du pied. Le moindre mouvement de l'orteil est douloureux. Les jours suivants, la marche est impossible, et l'oignon s'enflamme. Il se forme un abcès qui s'ouvre spontanément et laisse écouler un liquide séro-purulent jaunâtre. En raison de la persistance de cette suppuration et de l'impossibilité de marcher, le malade se décide, six semaines après le début des phénomènes douloureux, à entrer à l'hôpital.

L'examen du pied gauche nous montre un H. V. typique. Le gros orteil, dévié en dehors, arrive au contact du troisième orteil en passant au-dessus du deuxième. La mobilisation de l'orteil est encore un peu douloureuse, ainsi que la pression au niveau de la tête du métatarsien. Sur le bord interne du pied se trouve un petit orifice fistuleux qui laisse sourdre une gouttelette de liquide séreux. L'exploration au stylet donne le contact osseux et la mobilisation articulaire nous fait percevoir des craquements caractéristiques de l'arthrite infectée.

Au pied droit, la suppuration est moins accentuée et le malade ne souffre pas.

Le 30 juin 1931, intervention. Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Le pied droit est opéré d'abord, suivant la technique de Lambotte, sans incidents opératoires (Gourdon-Darnier).

Au pied gauche, incisions elliptiques circonscrivant le trajet fistuleux et se prolongeant ensuite en arrière, le long du bord interne et supérieur du métatarsien. La bourse séreuse est minutieusement enlevée, et la cavité nettoyée à la curette, ainsi que la partie avoisinante de l'os malade. Désinfection à l'éther. On prélève plus difficilement qu'à droite le lambeau fibro-périostique qui se déchire fortement. Interposition de ce lambeau suivant la technique habituelle.

Fermeture aux crins, sous drainage.

Suites opératoires normales.

Le malade quitte l'hôpital le dixième jour et recommence à marcher quinze jours après.

Il est revu le 15 mars 1932, environ huit mois après l'intervention. Il a repris son métier de jardinier très rapidement. Il ne souffre plus et peut faire maintenant de longues marches. L'orteil gauche est légèrement raccourci et la déviation n'existe

plus. Il persiste cependant un peu de limitation de la flexion.

A droite, aucun trouble fonctionnel. Bon résultat anatomique.

Observation 5

Mlle Georgette Dr..., 31 ans, infirmière.

Souffre depuis trois ans. Marche pénible. Le contact de la chaussure est douloureux au point qu'elle est obligée de porter des chaussons.

L'orteil est très légèrement dévié en dehors et a tendance à passer sous le deuxième. Point douloureux à la pression au niveau de la tête du premier métatarsien. Antécédents : rhumatisme A. A.

Intervention le 10 novembre 1930 (Docteur Larget).

Anesthésie locale.

Ablation de la bourse séreuse. Cure radicale suivant le procédé de Lambotte.

Suites opératoires normales.

Malade revue le 3 mars 1932. La déformation

est restée corrigée. Les mouvements de flexion et d'extension de l'orteil sont légèrement sensibles. La marche n'est pas douloureuse, sauf aux changements de temps.

Observation 6

Monsieur Edmond G..., 58 ans, chef d'entreprise.

Ressent des douleurs lancinantes au niveau de la tête du métatarsien avec irradiations vers la pointe de l'orteil et la face interne du pied droit. Ces douleurs durent depuis cinq à six ans et l'obligeaient à porter des pantoufles.

La déviation du gros orteil est peu marquée. Pourtant la tête du métatarsien est volumineuse et saillante, sous une peau amincie et rouge. Ce qui domine ici, c'est l'inflammation de la bourse séreuse.

Intervention le 28 août 1930 (Docteur Jeanne).
Anesthésie locale.

Résection de la bourse séreuse. On abrase l'apophyse à la pince-gouge. Crins sur la peau.

Après l'opération, les douleurs persistent un certain temps, puis s'atténuent peu à peu. Six mois

après, le malade a pu reporter des chaussures.

Revu le 14 avril 1932. L'orteil est dans sa position normale. La marche n'est plus douloureuse, mais il s'est développé un cor sur la face dorsale de la première phalange du gros orteil. En somme, **bon résultat.**

Observation 7

due à l'obligeance de M. le Docteur Larget.

Mme Fe....., 65 ans, est atteinte depuis de nombreuses années d'un Hallux Valgus gauche qui la fait beaucoup souffrir. Marche très pénible, port de chaussure presque impossible.

Intervention le 12 mars 1931. Cure radicale de l'H. V. par le procédé de Lambotte.

Les suites opératoires furent excellentes. La malade regagne son domicile le septième jour. Elle commence à marcher au bout de trois semaines, mais les mouvements de flexion et d'extension du gros orteil sont restés d'abord douloureux, puis sensibles pendant deux mois.

Actuellement, la guérison est définitivement acquise. Aucune douleur à la marche. La déformation a complètement disparu. Pas d'ankylose.

Très bon résultat.

Observation 8

due à l'obligeance de M. le Docteur Larget.

Madame H..., 48 ans, présente un H. V. droit dont elle souffre beaucoup. La déformation date de plusieurs années, mais la douleur n'est apparue que depuis quelques mois et s'est installée progressivement. Marquée surtout le soir, elle siège au niveau de l'oignon et irradie le long du bord interne du pied.

Intervention le 10 mars 1932.

Ablation de la tête métatarsienne à la pince coupante, après taille préalable du lambeau fibro-périostique. Arthroplastie suivant le procédé habituel.

Suites opératoires sans incidents.

La malade est revue le 25 mai. La marche est aisée, mais la mobilisation articulaire nous montre encore une certaine raideur.

Observation 9

due à l'obligeance de M. le Docteur Larget.

Sœur M. C., 24 ans, entre à la clinique pour des douleurs vives au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. Douleurs intolérables à type d'élançements provoquées par le contact de la chaussure. Le moindre choc au niveau de cette région se traduit par des irradiations douloureuses et lancinantes vers la face dorsale du pied, remontant jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. La déformation pourtant n'est pas très marquée et n'est pas en rapport avec l'intensité de la douleur.

Intervention le 26 mars 1931.

Arthroplastie suivant la méthode habituelle. La malade est revue un an après. Les douleurs lancinantes ont complètement disparu. La chaussure est facilement supportée et la marche est aisée.

Observation 10

M. de C..., 45 ans, manœuvre.

Entre le 14 octobre 1930, dans le service de M. le Docteur Larget. Il présente un H. V. bilatéral douloureux. La déformation est plus accentuée à gau-

che, le gros orteil passant au-dessus du 2^e. Les bourses séreuses ne sont pas enflammées.

Intervention le 17 octobre 30. Anesthésie générale au mélange de Schleich.

A droite : cure radicale de l'H. V. suivant la technique de Lambotte (Gourdon).

A gauche : même technique, mais on aperçoit, après la résection de la tête métatarsienne, que la déviation persiste à un certain degré. On détache de l'extenseur une languette tendineuse, laquelle est insérée à la base de la première phalange (Gourdon).

Le malade quitte l'hôpital douze jours après l'intervention.

Observation 11

Mlle D..., 19 ans, femme de chambre.

Double H. V. surtout douloureux à gauche. Impossibilité de porter des chaussures. Douleurs au niveau des têtes métatarsiennes, surtout à gauche. Déviation du gros orteil plus marquée à gauche, où l'orteil se présente en légère flexion et croise le second orteil.

Intervention le 30 novembre 1930.

Pied droit : Procédé de Lambotte (Jeanne).

Pied gauche : Procédé de Lambotte, mais de plus on détache une languette de l'extenseur et on la fixe à la face interne du premier métatarsien, près de la tête (Gourdon).

Suites opératoires normales.

Observation 12

Madame C..., 59 ans, ménagère.

Entre à l'hospice (service du Docteur Larget) le 13 déc. 1930. Depuis longtemps, elle souffre au niveau des premières articulations métacarpo-phalangiennes. Station debout pénible. Contour des chaussures douloureux. Elle se décide à l'opération. A l'examen: H. V. bilatéral. Déformation plus marquée à droite. Douleur accentuée aussi de ce côté.

Intervention le 16 décembre 1930.

Cure radicale des deux H. V. suivant le procédé de Lambotte (Jeanne Gourdon).

Sortie quinze jours après.

Nous regrettons de n'avoir pu revoir ces trois derniers malades. Nous avons pu cependant recueillir quelques renseignements à leur sujet. Tous étaient satisfaits de l'intervention et ne paraissaient plus souffrir.

CONCLUSION

Malgré les moyens orthopédiques proposés, le traitement de l'H. V. est essentiellement chirurgical.

Parmi les interventions qu'on oppose à cette difformité, celles qui s'adressent directement à la tête métatarsienne et qui sont complétées par des sé-nopsies, des tenotomies ou des arthroplasties, donnent de bons résultats.

L'arthroplastie par la technique de Lambotte est un opération simple et facile à exécuter. Elle ne donne pas de récédive.

Quelques précautions sont à prendre dans les cas où la bourse séreuse est infectée, ou lorsque l'oignon a été antérieurement traité par des produits caustiques. Désinfecter d'abord et préférer l'anesthésie générale. On évite ainsi les phénomènes inflammatoires post-opératoires.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de Thèse,*

BALTHAZARD.

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris .

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

KIRMISSON. — Déviation en dehors du gros orteil. *Hallus* p. 1116. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1876, XXII, p. 181-186.

BROCA. — *Bulletin de la Société anatomique et de la Société de Chirurgie*, 1852. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1857.

QUEVEDO. — De l'H. V. et de son traitement chirurgical. Thèse Paris, 1894.

BONIFACE. — De l'H. V. Thèse Paris, 1895.

POURET. — De l'H. V. et de son traitement. Thèse Paris, 1904.

REVERDIN. — Démonstration d'un pied affecté de la déviation en dehors du gros orteil. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1884.

REVERDIN. — Transaction of the International Congress London 1881. Vol. II, p. 408-412.

RAFFARIN. — Un nouveau procédé pour le traitement de l'H. V. Greffes cartilagineuses, procédé Gernez. Thèse Paris, 1921.

- JUVARA. — Procédé de cure radicale de l'H. V. par l'ostéotomie cuneiforme oblique externe du corps du métatarsien suivie de l'ostéosynthèse des fragments. Société de Chirurgie de Paris, 25 janv. 1922.
- MASSART. — Etude anatomique sur l'H. V. Société Anatomique de Paris, 7 janvier 1922.
- LOUDART et JEAN. — H. V. acquis bilatéral avec luxation en dehors de l'orteil gauche et des sésamoïdes. Société de Chirurgie de Paris, 6 juin 1922.
- SORREL. — Un cas d'H. V. bilatéral traité par l'ostéotomie cunéiforme externe du 1^{er} métatarsien. Société Anatomique de Paris, avril 1922.
- A. MOUCHET. — Pathogénie et traitement des difformités du gros orteil. *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1922.
- SILVER. — Le traitement opératoire de l'H. V. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, n° 2, avril 1923.
- SANDELIN. — Sur l'H. V., sur les déformations du pied qu'il entraîne et sur son traitement. *Acta chirurgica Scandinavica*, 5 juillet 1923.
- ALLENBOCH. — Le traitement de l'H. V. par l'ostéotomie oblique dorso-plantaire du corps du 1^{er} métatarsien. *Revue d'Orthopédie*, Paris, 4 juillet 1923.
- FREJKA. — A propos de l'étiologie de l'H. V. *Brotislavské Lekarske, Listy*, 6 mars 1924.
- MOULONGUET. — Anatomie pathologique de l'H. V. *Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. I, janvier 1924.
- MAUCLAIRE. — Ostéoplasties. Arthroplasties et transplantations tendineuses combinées pour l'H. V. *Revue d'Orthopédie*, Paris, juillet 1924.
- Sir ROBERT JONES. — Traitement de l'H. V. et de l'H. rigidus. *British medical Journal*, 4 oct. 1924.

- SOLES. — Opération de l'H. V. *Zeitschrift fur Orthopädische Chirurgie*, 25 juillet 1925.
- JUVARA. — Cure radicale de l'H. V. par la résection cunéiforme de la portion moyenne de la diaphyse du métatarsien suivie de l'ostéosynthèse des fragments. *Lyon chirurgical*, juillet-août 1926.
- MEYER. — Une nouvelle modification à l'opération de l'H. V. *Zentrallblatt fur Chirurgie*, 25 déc. 1926.
- MATHER CLEVELAND. — H. V. Résultats éloignés de 200 opérations. *Archives of Surgery*, juin 1927.
- DREESMANN. — H. V. et metatarsus varus. *Medizinische Klinik*, 9 nov. 1928.
- MAC BRIDE. — Opération conservatrice pour l'H. V. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, octobre 1928.
- TIMMER. — Le rôle des os sésamoïdes dans l'H. V. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 16 nov. 1928.
- LAMBOTTE. — Quelques considérations sur l'orthoplastie du gros orteil. *Paris Chirurgial*, 1928.
- BRANDES. — Sur le traitement opératoire de l'H. V. *Zentrallblatt für Chirurgie*, 28 septembre 1929.
- LINDEMANN. — La résection partielle de la phalange basale du gros orteil dans l'H. V. *Zentrallblatt für Chirurgie*, 28 septembre 1929.
- BARNARD. — Résultats éloignés d'interventions pour l'H. V. *Annals of Surgery*, juin 1930.
- BERNTSEN. — De l'H. V. Contribution à son étiologie et à son traitement. *Revue d'Orthopédie*, Paris, mars 1930.
- SATZEPIN. — Un cas d'H. V. double congénital. *Zentrallblatt für Chirurgie*, 4 octobre 1930.
- COTTE. — Ostéotomie du 1^{er} métatarsien pour H. V. *Société de Chirurgie de Lyon*, mai 1931.

